INSTRUMENTO DE EVALUACION DE PRÁCTICA DE PARTO LIMPIO
HOSPITAL:

EVALUACION RELAIZADA POR:_____**FECHA**_____**HORA**____

PARTO ES ASISTIDO POR: MEDICO OBSTETRA_____ MEDICO RESIDENTE _____ (R1, R2. R3, R4, R5)

ENFERMERA LICENCIADA_____ ENFERMERA AUXILIAR _____ OTRO PERSONAL_____

RECIEN NACIDO ES ASISTIDO POR: MEDICO NEONATOLOGO_____ MEDICO RESIDENTE (R1,R2,R3,R4,R5)

ENFERMERA LICENCIADA_____ ENFERMERA LICENCIADA_____ OTRO PERSONAL _____

TOTAL PARTOS REALIZADOS EN EL TURNO DE LA MANANA _____

TOTAL PARTOS OBSERVADOS EN EL TURNO DE LA MANANA_____

USO DE GUANTES ESTERILES	**USO DE CAMPO ESTERILES**	**USO DE LIGADURA ESTÉRIL PARA CORDÓN UMBILICAL**	**ASEO PERINEAL**
PS observado usa de manera correcta guantes estériles para asistir el parto. **SI** **NO**	PS observado usa campos estériles para asistir el parto (incluyendo la madre y dos campos para el RN) **SI** **NO**	PS observado usa ligadura estéril para cordón umbilical **SI** **NO**	PS observado realiza Aseo Perineal antes del parto **SI** **NO**
APLICACIÓN DE LAVADO DE MANO	**USO TIJERA ESTÉRIL Y EXCLU SIVA P/CORTE CORDÓN UMBILICAL**	**ESPACIOS HIGIENIZADOS**	**OBSERVACION**
PS observado aplica Lavado de Manos antes del parto. **SI** **NO**	PS observado usa tijera estéril y exclusiva para corte del cordón umbilical. **SI** **NO**	Partos es realizado en espacios higienizados. **SI** **NO**	

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE PRÁCTICA DE PARTO LIMPIO
HOSPITAL: Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas

EVALUACION RELAIZADA POR:_____**FECHA**_____**HORA**____

PARTO ES ASISTIDO POR: MEDICO OBSTETRA_____ MEDICO RESIDENTE _____(R1, R2. R3, R4,R5)

ENFERMERA LICENCIADA_____ ENFERMERA AUXILIAR _____ OTRO PERSONAL_____

RECIEN NACIDO ES ASISTIDO POR: MEDICO NEONATOLOGO_____ MEDICO RESIDENTE (R1,R2,R3,R4,R5)

ENFERMERA LICENCIADA_____ ENFERMERA LICENCIADA_____ OTRO PERSONAL _____

TOTAL PARTOS REALIZADOS EN EL TURNO DE LA TARDE _____

TOTAL PARTOS OBSERVADOS EN EL TURNO DE LA TARDE_____

USO DE GUANTES ESTERILES	**USO DE CAMPO ESTERILES**	**USO DE LIGADURA ESTÉRIL PARA CORDÓN UMBILICAL**	**ASEO PERINEAL**
PS observado usa de manera correcta guantes estériles para asistir el parto **SI** **NO**	PS usa campos estériles para asistir el parto (incluyendo la madre y dos campos para el RN) **SI** **NO**	PS usa ligadura estéril para cordón umbilical **SI** **NO**	PS realiza aseo perineal antes del parto. **SI** **NO**
APLICACIÓN DE LAVADO DE MANO	**USO TIJERA ESTÉRIL Y EXCLU SIVA P/CORTE CORDÓN UMBILICAL**	**ESPACIOS HIGIENIZADOS**	**OBSERVACION**
PS aplica Lavado de Manos antes del parto. (Incluye PS. que asiste a la madre y al RN). **SI** **NO**	PS usa tijera estéril y exclusiva para corte del cordón umbilical. **SI** **NO**	Parto es realizado en espacios higienizados. **SI** **NO**	

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE PRÁCTICA DE PARTO LIMPIO
HOSPITAL: Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas

EVALUACION REALIZADA POR:_____**FECHA** _____**HORA**_____

PARTO ES ASISTIDO POR: MEDICO OBSTETRA_____MEDICO RESIDENTE _____(R1,R2,R3,R4,R5) ____
ENFERMERA LICENCIADA _____ENFEMERA AUXILIAR _____ OTRO PERSONAL_____

RECIEN NACIDO ES ASISTIDO POR: : MEDICO NEONATOLOGO_____MEDICO RESIDENTE __(R1,R2,R3,R4,R5)
ENFERMERA LICENCIADA _____ENFEMERA AUXILIAR _____ OTRO PERSONAL_____

TOTAL PARTOS REALIZADOS EN EL TURNO DE LA NOCHE_____ _____

TOTAL PARTOS OBSERVADOS EN EL TURNO DE LA NOCHE_____

USO DE GUANTES ESTERILES	**USO DE CAMPO ESTERILES**	**USO DE LIGADURA ESTÉRIL PARA CORDÓN UMBILICAL**	**ASEO PERINEAL**
PS observado usa de manera correcta guantes estériles para asistir el parto **SI** **NO**	PS usa campos estériles para asistir el parto (incluyendo la madre y dos campos para el RN) **SI** **NO**	PS usa ligadura estéril para cordón umbilical **SI** **NO**	PS realiza aseo perineal antes del parto. **SI** **NO**
APLICACIÓN DE LAVADO DE MANO	**USO TIJERA ESTÉRIL Y EXCLU SIVA P/CORTE CORDÓN UMBILICAL**	**ESPACIOS HIGIENIZADOS**	**OBSERVACION**
PS aplica Lavado de Manos antes del parto. (Incluye PS. que asiste a la madre y al RN). **SI** **NO**	PS usa tijera estéril y exclusiva para corte del cordón umbilical. **SI** **NO**	Parto es realizado en espacios higienizados. **SI** **NO**	